

DE L'EXTIRPATION TOTALE DES SYNOVIALES

N° 55

DANS LE TRAITEMENT DES

SYNOVITES TUBERCULEUSES

DES GAINES TENDINEUSES DE LA MAIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 13 JUILLET 1896

PAR

Lucien MICHEL

Né à Cadenet (Vaucluse)

Miseris succurrere disco.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—
1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	N...
Id. Sarda (Ch. du c.)	
Anatomie pathologique.....	N...
Id. Bosc (Ch. du c.)	
Microbiologie.....	N...

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	PUEJH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	ESPAGNE, agrégé libre.
Pathologie externe.....	N...

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BAUMEL	MM. LAPEYRE	MM. VALLOIS
BROUSSE	MOITESSIER	MOURET
SARDA	BOSC	DELEZENNE
LECERCLE	DE ROUVILLE	GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{ MM. FORGUE, *président*.
TEDENAT.
LAPEYRE.
DE ROUVILLE.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

MEIS ET AMICIS

L. MICHEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

Professeur de clinique chirurgicale.

L. MICHEL.

AVANT-PROPOS

La synovite tuberculeuse est certainement une des affections contre lesquelles ont été préconisés les traitements les plus nombreux et les plus variés.

Tout ce que la science chirurgicale a pu mettre à la disposition du praticien, depuis la simple compression jusqu'à la cautérisation profonde et l'excision de la gaine, tout a été essayé.

Malgré les succès divers obtenus par chacune de ces méthodes, il est fort logique de croire qu'elles n'ont pas toutes une valeur thérapeutique égale, et qu'il est du devoir du chirurgien de discerner parmi elles celle dont il devra attendre les meilleurs résultats.

La tuberculose des synoviales est souvent une affection grave, à marche envahissante, pouvant infecter rapidement l'organisme; sa thérapeutique devra donc être énergique, elle devra s'attaquer à la cause même du mal, et pour cela détruire le foyer où pullulent les bacilles de Koch et les végétations tuberculeuses.

De tous les procédés employés, trois prévalent de nos jours, car ils ont donné des résultats remarquables dans les mains

des chirurgiens, tels que : Lenoir, Trélat, Schwartz, Verneuil, Tillaux; ces procédés sont : 1° la cautérisation profonde du sac après incision ; 2° le curettage de la gaine ; 3° l'extirpation totale de la synoviale.

Cette dernière opération, déjà tentée par Lenoir et par Trélat, n'est réellement entrée dans le domaine de la pratique chirurgicale, que le jour où l'antisepsie est venue apporter au chirurgien un élément important de succès, en lui permettant d'agir à la fois avec plus d'audace et plus de certitude.

Notre but, en écrivant cet ouvrage, n'étant pas de faire une étude détaillée de tous les procédés employés dans le traitement de la synovite tuberculeuse, nous nous occuperons simplement du traitement de cette dernière affection par l'extirpation totale de la gaine tendineuse.

Dans ce but, après avoir retracé dans ses grandes lignes l'anatomie pathologique de la synovite tuberculeuse, et étudié sommairement les deux formes sous lesquelles elle se présente ordinairement en clinique, nous diviserons en cinq chapitres le sujet de cette thèse :

Dans le chapitre I nous traiterons des indications de l'opération.

Dans le chapitre II nous étudierons l'anatomie et les rapports si spéciaux des gaines synoviales.

Dans le chapitre III nous passerons rapidement en revue les différents traitements employés contre la synovite tuberculeuse, pour nous consacrer entièrement à la technique opératoire de l'extirpation.

Dans le chapitre IV nous exposerons les observations que nous aurons recueillies dans la science.

Enfin, dans la conclusion nous déduirons, des résultats obtenus, la valeur curative de la méthode dont l'exposé va faire dès maintenant le sujet de notre thèse.

Qu'il nous soit permis toutefois avant de développer ce travail, qui termine nos études médicales, d'adresser tous nos remerciements aux maîtres qui nous ont aidé de leur expérience et de leurs conseils, pendant le temps que nous avons passé avec eux dans les hôpitaux :

A MM. les professeurs de clinique, Combalat, Villeneuve, Villard.

A MM. les chirurgiens des hôpitaux, Poucel, Marcorelle.

A MM. les médecins des hôpitaux, Fiuppe, Coste.

Que M. le professeur Forgue reçoive l'hommage de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

DE L'EXTIRPATION TOTALE DES SYNOVIALES

DANS LE TRAITEMENT DES

SYNOVITES TUBERCULEUSES

DES GAINES TENDINEUSES DE LA MAIN

INTRODUCTION

Avant de nous occuper du traitement de la synovite tuberculeuse, il est utile, croyons-nous, d'esquisser rapidement les différentes phases par lesquelles est passée l'histoire de cette affection.

De nos jours, synovite fongueuse et synovite à grains riziformes ne sont que deux formes différentes d'une même lésion causale : *Tuberculose de la synoviale*.

Il y a cependant peu de temps encore, les auteurs séparaient complètement l'une de l'autre ces deux affections ; pour eux synovites fongueuses et kystes à grains riziformes étaient le résultat de deux processus morbides absolument dissemblables. Je ne puis faire mieux que de citer ici tout au long l'historique de la question, telle que l'expose Reclus dans son ouvrage sur les « maladies des tissus » : La synovite fongueuse, dit cet auteur, était considérée par les uns comme

une arthrite chronique, par les autres comme les végétations d'un néoplasme malin. Chassaignac, en 1844, et Larrey, en 1856, qualifiaient du nom de sarcome les bourgeons charnus d'une coulisse enflammée. C'est en 1858, avec la thèse de Bidart, inspirée par Verneuil, que la synovite fongueuse conquist une place définitive dans le cadre nosologique. Les observations de Trélat, les faits précis de Verchère et Terrier, prouvèrent l'identité de structure et d'origine des synovites fongueuses des gaines tendineuses et des articulations. Aussi, de nos jours, admet-on que, dans l'immense majorité des cas, le type clinique décrit par Bidart est de nature essentiellement tuberculeuse. »

La nature tuberculeuse de la synovite fongueuse était donc parfaitement établie, lorsque les travaux de Wallich, Nicaise, Poulet et Vaillard, vinrent éclairer d'un jour nouveau la pathogénie de la synovite à grains riziformes.

Wallich, en 1885, avait extrait des grains riziformes d'un kyste synovial palmaire, chez une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de tumeur blanche du genou ; ces grains ne contenaient pas de bacilles de Koch. Déposées dans des bouillons de culture, les granulations fournirent des colonies de microcoques, mais pas de bacilles tuberculeux ; inoculées dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un cobaye, ces granulations donnèrent lieu à des ulcérations d'aspect tuberculeux ; injectées dans le péritoine du même animal, elles amenèrent l'amaigrissement et la mort, avec tuberculisation des poumons et de la rate, qui contenaient de nombreux bacilles de Koch.

Nicaise, Poulet et Vaillard, en 1888, après avoir observé plusieurs variétés de kystes à grains riziformes, ayant présenté des particularités intéressantes, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, arrivèrent à démontrer la nature tuberculeuse des hygromas et

des synovites à grains riziformes. Leurs conclusions étaient basées sur cinq observations :

La première avait pour sujet un hygroma énorme à grains riziformes de la cuisse droite d'une jeune femme de vingt ans.

La deuxième, une synovite fongueuse à grains riziformes du poignet gauche, chez une femme de soixante-quatre ans.

La troisième, une synovite tendineuse à grains riziformes des gaines des fléchisseurs des poignets, chez un homme de quarante-quatre ans.

La quatrième, un kyste à grains riziformes du poignet, opéré par le docteur Jaqui (de Noisy-le-Grand).

La cinquième, enfin, une synovite à grains riziformes de la gaine tendineuse de l'un des doigts de la main, et d'une synovite fongueuse de la gaine des fléchisseurs de la même main.

L'examen histologique permit de reconnaître la nature tuberculeuse de ces synovites ; toujours en effet ces observateurs découvrirent dans les différentes parois kystiques, soit des follicules tuberculeux typiques de Charcot, soit de petits tubercules élémentaires agglomérés, et toujours, dans les coupes de leurs préparations colorées au préalable par la méthode d'Erhlich, ils purent déceler le bacille de Koch.

Ces faits probants, corroborés par les recherches histologiques les plus récentes, permettent d'affirmer d'une façon définitive l'identité d'origine de la synovite fongueuse et de la synovite à grains riziformes.

M. le professeur Tédénat, dans le *Montpellier médical* de l'année 1890, décrit une forme rare de synovite tuberculeuse.

D'après cet auteur, on devrait considérer comme tuberculeuses les collections liquides des gaines à contenu visqueux ou granuleux, sans fongosités véritables ; ces formes, corres-

pondant aux hydrarthroses tuberculeuses, devraient être spécifiées comme synovites séreuses tuberculeuses.

Nous ne nous attarderons pas à discuter ici les différentes théories qui ont été émises par Velpeau, Virchow et Nicaise, pour expliquer le mode de formation des grains riziformes ; nous nous écarterions inutilement du sujet que nous devons traiter et que nous pouvons dès maintenant aborder en connaissance de cause.

CHAPITRE I

DES INDICATIONS DE L'OPÉRATION

Malgré les avantages incontestables que procure l'extirpation totale des gaines synoviales dans le traitement des synovites tuberculeuses, nous ne devons pas considérer cette opération comme nécessaire, toutes les fois que nous aurons à traiter une quelconque des formes de l'affection tuberculeuse.

Cette intervention est théoriquement la méthode idéale, pratiquement elle ne saurait être généralisée comme règle, et doit être subordonnée à des indications précises.

Nous allons décrire les formes cliniques de la tuberculose des synovites tendineuses, et nous chercherons à déterminer quelles seront pour chacune d'elles les indications opératoires.

1° Dans les formes séreuses, *hydrops tuberculosus* des Allemands, pourra convenir soit l'incision suivie du lavage antiseptique, soit les injections modificatrices (naphtol camphré, éther iodoformé).

2° Dans les synovites à grains riziformes, l'opération de choix sera l'évacuation du contenu kystique, par l'incision antiseptique de la gaine synoviale.

3° Dans le fungus tendineux (par analogie avec le fungus articulaire des Allemands), il sera nécessaire de distinguer deux formes très différentes l'une de l'autre, au point de vue de leur pronostic :

1° L'une récente, évoluant chez un sujet jeune et sain ;

cette forme est capable, sous l'action des injections modificatrices, les pointes de feu interstitielles, et surtout les injections sclérogènes de Lannelongue, d'évoluer vers la transformation fibreuse, de guérison.

2° L'autre ancienne, diffuse, arrivée à la période ultime de son évolution ; dans cette forme, la tendance à la sclérose curative est des plus improbables : il faut alors supprimer, par l'ablation complète, tout le tissu malade ou infecté.

En résumé, l'intervention sera indiquée toutes les fois qu'il s'agira de traiter, soit une synovite ancienne arrivée à la période de ramolissement ou de suppuration, soit une synovite quelconque ayant résisté aux divers traitements que nous avons préconisés précédemment.

Les contre-indications de l'indication seront : 1° le jeune âge et le bon état général du sujet ; 2° le début peu éloigné de l'affection.

CHAPITRE II

ANATOMIE DES GAINES TENDINEUSES DE LA MAIN

Il nous a paru utile, avant de décrire dans tous ses détails la technique opératoire de l'extirpation des gaines synoviales de la main, d'étudier l'anatomie de cette région, et de nous rendre compte par cela même des difficultés opératoires que nous pourrions rencontrer dans le courant de notre intervention.

Schwartz, en 1878, donne le premier une description exacte des gaines synoviales de la main; dans sa thèse, cet auteur s'occupe spécialement de la gaine cubito-carpienne.

Après lui Testut et Poirier, dans leurs traités d'anatomie descriptives décrivent les anomalies de nombre et de position des synoviales de la main, et établissent d'une façon définitive l'anatomie de cette région.

FACE PALMAIRE

A la région palmaire de la main et des doigts, se trouvent annexées deux variétés de séreuses tendineuses : 1° les séreuses digitales; 2° les séreuses digito-palmaires. Les premières sont annexées aux tendons fléchisseurs dans la région des

doigts, les deuxièmes aux tendons fléchisseurs de la paume de la main et de la face antérieure du poignet.

1° SÉREUSES DIGITALES. — Les séreuses digitales sont au nombre de trois, ce sont celles de l'index, du médus, de l'annulaire.

Ce nombre est exact, lorsque les séreuses du pouce et de l'annulaire communiquent respectivement, la première avec la gaine radio-carpienne, la deuxième avec la gaine cubito-carpienne. Nous verrons tout à l'heure qu'il n'en est pas toujours ainsi ; il peut arriver, en effet, que les séreuses des premier et cinquième doigt ne communiquent respectivement pas avec la grande séreuse carpienne correspondante.

Quel que soit leur nombre, les séreuses digitales s'étendent, pour chaque doigt, de la base de la phalange jusqu'à un ou deux millimètres au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Comme toutes les séreuses, elles possèdent deux feuillets : le feuillet pariétal, le feuillet viscéral. Le premier tapisse le canal ostéo-fibreux dans lequel cheminent les tendons fléchisseurs, le deuxième est en rapport direct avec le tendon. Des méso-tendons plus ou moins étendus relient quelquefois entre eux, et à la face profonde de la peau, les deux feuillets de la gaine, dont ils peuvent rendre l'extirpation longue et laborieuse. En s'unissant entre eux, les deux feuillets forment, en haut et en bas de la gaine, deux culs-de-sac facilement accessibles ; ces derniers ne présentent pas de particularités intéressantes, si ce n'est cependant l'invagination préputiale des deux feuillets formant le cul-de-sac supérieur.

2° SÉREUSES DIGITO-PALMAIRES. — Elles sont au nombre de deux :

a) La synoviale digito-carpienne externe ou radiale ;

b) La synoviale digito-carpienne interne ou cubitale.

a) *Synoviale digito-carpienne radiale*. — Cette séreuse engaine le long fléchisseur propre du pouce ; elle s'étend de partie supérieure de la première phalange de ce doigt, jusqu'à 3 ou 4 centimètres environ au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe.

Elle est en rapport : au niveau du pouce, avec la gaine os-téo-fibreuse qui entoure le tendon du fléchisseur de ce doigt ; au niveau de l'éminence thénar, avec les muscles adducteur et court fléchisseur du pouce. Au niveau du poignet : en avant, avec la face postérieure du ligament antérieur du carpe ; en arrière, avec la partie externe de la loge radio-carpienne (trapeze, trapézoïde, scaphoïde, semi-lunaire) avec laquelle elle contracte des adhérences assez solides ; en dedans, avec le nerf médian qui la sépare de la gaine cubito-palmaire. Ce rapport est important, car sa connaissance exacte permet d'éviter la section du nerf lorsqu'il s'agira de séparer l'une de l'autre les deux gaines carpiennes.

b) *Synoviale digito-carpienne cubitale*. — Cette séreuse s'étend, comme la précédente, de la base de la phalangette du cinquième doigt, jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe. Sa forme est celle d'un bissac dont l'étranglement se produirait au niveau de ce ligament antérieur. Sa partie inférieure engaine les tendons superficiel et profond du fléchisseur du petit doigt ; mais, au fur et à mesure qu'elle remonte le long de ces tendons, elle s'élargit considérablement pour venir envelopper, au niveau de la partie médiane de la main, tous les tendons des fléchisseurs. A ce niveau, elle commence à se rétrécir progressivement pour passer sous le ligament carpien antérieur, au-dessus duquel elle s'élargit de nouveau en remontant, réalisant ainsi la forme bi-lobée que nous avons indiquée précédemment.

Cette gaine présente des connexions importantes au niveau de la paume de la main. Par sa face antérieure, en effet, elle est en rapport avec les tendons du cubital antérieur et du petit palmaire, la face profonde de l'aponévrose antibrachiale, du ligament carpien, et de l'aponévrose palmaire, dont elle est séparée par la partie interne de l'arcade palmaire superficielle, et les divisions du nerf médian.

Par sa face postérieure, elle recouvre la partie inférieure et externe du cubital, la partie interne de la gouttière carpienne (grand os, os crochu, pyramidal) et les deux derniers espaces interosseux.

Par son bord interne, avec le tendon du cubital antérieur, l'artère cubitale et le nerf cubital.

Par son bord externe, enfin, elle se réfléchit sur les deux plans superposés des tendons fléchisseurs (perforants et perforés) et détermine, par cette double réflexion, trois loges :

1° La loge prétendineuse, comprise entre le plan superficiel des tendons et la face profonde de l'aponévrose palmaire.

2° La loge intertendineuse, comprise entre les tendons superficiels et profonds des fléchisseurs communs.

3° La loge rétro-tendineuse, la plus vaste, comprise entre la face postérieure des tendons du fléchisseur profond, et la face antérieure des deux derniers interosseux palmaires.

Ces trois loges placées l'une devant l'autre, rendent la dissection du sac très ardue et très difficile ; aussi, pendant tout le temps que dure cette partie de l'opération, le chirurgien doit-il avoir présents à la mémoire, la situation exacte et les rapports respectifs de chacune d'elles.

En résumé, les écueils opératoires à éviter pendant le cours de l'intervention sont : pour la gaine cubito-palmaire, le nerf médian, le nerf cubital, l'artère cubitale et l'arcade palmaire superficielle ; pour la gaine radio-palmaire, le nerf médian et l'artère radiale. L'opérateur devra tenir compte en plus des

adhérences que peuvent présenter chacune de ces gaines, au niveau de la gouttière carpienne.

ANOMALIES. — *De nombre.* — La séreuse cubito-palmaire peut ne pas communiquer avec la cinquième séreuse digitale ; d'après Poirier, cette indépendance des deux séreuses se rencontrerait en moyenne une fois sur vingt ; dans ce cas, le nombre des séreuses digitales doit être porté à quatre.

Il est très rare de constater, pour la première séreuse digitale, la même indépendance par rapport à la gaine radio-carpienne. Testut et Poirier ne l'auraient constatée en effet qu'un nombre de fois très restreint.

De position. — On rencontre quelquefois une ou deux séreuses intermédiaires, placées entre les deux gaines carpiennes ; suivant leur position, elles sont appelées par Poirier, séreuse moyenne palmaire antérieure, ou séreuse moyennée palmaire postérieure. D'après cet auteur, le second type de ces séreuses se rencontrerait beaucoup plus fréquemment que le premier. Quoi qu'il en soit, la présence des séreuses surnuméraires permet d'expliquer la forme particulière que prennent quelquefois les synovites de la région antérieure du poignet.

FACE DORSALE

Les gaines séreuses de la face dorsale de la main ne présentent rien de particulier à signaler. Chaque tendon de cette région possède sa gaine propre, qui s'étend au-dessus et au-dessous du ligament annulaire postérieur du carpe. Il n'y aura donc rien de spécial à décrire au point de vue opératoire, si ce n'est cependant la longueur de l'intervention. On comprend, en effet, que le chirurgien sera obligé d'extirper une à une les gaines synoviales enflammées.

CHAPITRE III

DES TRAITEMENTS DE LA TUBERCULOSE SYNOVIALE

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, l'extirpation des gaines synoviales n'est réellement entrée dans le domaine de la chirurgie, que depuis le jour où la pratique des règles antiseptiques est devenue la ligne de conduite de tous les opérateurs.

Bien avant l'apparition de cette méthode, les chirurgiens avaient essayé d'enrayer la marche de la tumeur synoviale, en employant contre elle les traitements les plus divers.

Les *révulsifs cutanés* (teinture d'iode, chlorhydrate d'ammoniaque (Tillaux), vésicatoires, pommades, alcool), furent employés et abandonnés tour à tour, malgré les quelques rares succès qu'on put attribuer à chacun d'eux.

La *compression*, encore employée aujourd'hui comme moyen adjuvant, ne donna pas de brillants résultats ; en outre des douleurs intolérables qu'elle provoquait chez le patient, elle créait souvent des gangrènes diffuses, dont le seul traitement était l'amputation de la partie sphacélée.

L'*écrasement*, procédé brutal et trop classique, consistait à comprimer fortement la tumeur kystique, de façon à faire éclater ses parois, et répandre son contenu dans les tissus environnants qui avaient charge de le résorber.

Si quelques cas de guérison ont pu être obtenus par cette manœuvre, il y a lieu de croire qu'il s'agissait de kystes n'ayant de tuberculeux que le nom.

La *ponction* soulage quelquefois le malade, mais ne le guérit pas ; elle peut, au contraire, être le point de départ d'un phlegmon diffus comme le prouve le cas de Malgaigne.

L'*injection iodée*, vulgarisée par Velpeau, malgré quelques cas heureux, dut être abandonnée définitivement ; elle prédisposait à la gangrène, aux suppurations abondantes, aux hémorragies, le tout pouvant avoir une terminaison fatale.

L'*incision*, préconisée par des chirurgiens tels que Nélaton, Volkmann, Giralès, Verneuil, Nicaise, Kœnig, donna, entre les mains de ces opérateurs, des résultats très divers et par cela même très incertains. La guérison ne s'obtenait qu'après une suppuration abondante ; cette suppuration était même considérée par Després comme la complication nécessaire sans laquelle ne pouvait s'effectuer la guérison.

Après l'avènement de l'antisepsie, les chirurgiens, rendus plus audacieux, ne se contentèrent plus de l'incision simple faite aseptiquement ; ils portèrent la curette tranchante au milieu des tissus, et obtinrent des résultats remarquables. Cette opération, exécutée de nos jours par tous les chirurgiens, consiste à inciser largement le kyste synovial, à faire un curettage aussi complet que possible des parois de la tumeur, et à cautériser enfin celles-ci avec une solution au chlorure de zinc au 8 pour 100 (Schwartz).

Depuis quelques années, le traitement des synovites tuberculeuses tend à entrer dans une nouvelle voie ; quelques opérateurs, tels que Jamin, Trélat, Tillaux, Forgue, Thiery, Poisson, Garré, préconisent à juste titre l'extirpation totale, comme l'intervention la plus rationnelle dans le traitement de cette affection. Les observations que nous allons publier dans

le chapitre suivant vont nous montrer les avantages de ce nouveau procédé, dont nous allons décrire avec détails la technique opératoire spéciale à la région de la main.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

SOINS PRÉLIMINAIRES. — La région à opérer est avant tout soigneusement désinfectée ; les lavages à l'alcool, à l'éther, les irrigations de sublimé permettent d'arriver à ce résultat. Un pansement antiseptique humide, appliqué après ces différents lavages, la veille même de l'opération, assure l'asepsie rigoureuse du champ opératoire. Au moment de l'intervention, on défait le pansement après avoir appliqué au préalable la bande d'Esmarch, dans le but d'assurer une hémostase temporaire, et d'épargner au malade une perte de sang trop considérable. Les instruments, stérilisés à l'étuve, sont plongés dans une solution phéniquée forte au 50 pour 1000, des compresses sont appliquées tout autour de la région où doit porter l'intervention. Ces indications préliminaires, scrupuleusement observées, il est procédé aux différents temps de l'opération.

1^{er} temps. — On fait une incision cutanée sur toute la longueur de la tumeur, commençant pour la synoviale cubito-carpienne à 1 centimètre de la base de l'annulaire, et montant jusqu'à 5 ou 6 centimètres au-dessus du ligament annulaire.

Par la synoviale radio-carpienne, l'incision remonte aussi haut, mais ne dépasse guère le pli cutané moyen en se dirigeant vers l'espace qui sépare l'index du médus.

L'incision cutanée doit être faite avec soin, car les incisions profondes suivront les mêmes directions et lui correspondront, et les organes à ménager sont nombreux. On fera donc l'ouverture antibrachiale pour la grande synoviale in-

terne, juste en dedans du tendon du palmaire grêle, en dehors de l'artère cubitale ; pour la grande gaine interne, elle doit côtoyer le bord interne du tendon du grand palmaire, en dedans par conséquent de la radiale.

2^e temps. — Ce temps comprend l'incision des aponévroses antibrachiale et palmaire, et du ligament annulaire. Elle doit avoir la même étendue que l'incision cutanée.

Sous l'aponévrose palmaire, on aperçoit, aussitôt après l'incision, l'arcade palmaire superficielle. On doit autant que possible la respecter, car elle permet d'éviter presque à coup sûr les branches du médian ; si sa présence gêne l'opérateur, celui-ci est autorisé à en faire la section entre deux ligatures.

3^e Temps. — Il débute par la ponction à l'aide du bistouri du cul-de-sac palmaire. Dans le cas de synovite à grains rizi-formes, on évacue le plus complètement possible la cavité de son liquide et de ses grains. Cela fait, on introduit une sonde cannelée jusque dans le cul-de-sac supérieur. Sur la sonde, on incise la paroi antérieure de la gaine dans toute son étendue ; on évite, en suivant la sonde, de blesser les tendons. On place alors deux écarteurs qui exposent largement aux regards la cavité de la gaine et les tendons. Il faudra bien avoir soin d'écarter le médian, afin d'éviter de le léser.

La gaine ouverte, on évacue autant que possible son contenu ; on aide cette évacuation par une large irrigation au sublimé.

4^e Temps. — C'est le plus important et le plus difficile.

Peu importe l'endroit où commence la dissection. Que ce soit par le cul-de-sac palmaire ou par le cul-de-sac antibrachial, on en saisit les bords avec plusieurs pinces à forcipressure, comme dans la dissection du sac herniaire. Prenant grand soin du nerf médian qui est presque accolé à

la gaine, on décortique celle-ci sur ses faces externe et interne, avec une spatule ou avec une sonde cannelée, ou même si c'est possible avec les doigts. En certains points, on rencontre presque toujours des difficultés ; on les vainc à l'aide du bistouri ou des ciseaux courbes.

La gaine est ainsi isolée en haut et en bas, en dedans et en dehors. On l'attire en avant, et, procédant toujours de la même façon, on la dissèque aussi bien que possible. On arrive ainsi à la zone adhérente, et par conséquent difficilement isolable de la gaine, c'est-à-dire au contact de la face antérieure du carpe et de leurs ligaments. A l'aide d'un écarteur, on récline fortement les tendons, pendant qu'avec les ciseaux courbes on enlève le plus possible de la synoviale. S'il en reste, et c'est le cas le plus fréquent, il faut, avec la curette, gratter vigoureusement la gouttière carpienne.

Le feuillet pariétal de la gaine adhère aussi quelque peu au ligament annulaire antérieur ; mais son ablation en cet endroit est facile avec le bistouri et les ciseaux courbes. On n'a encore enlevé de la synoviale que son feuillet pariétal. Il faut maintenant réséquer le feuillet viscéral, et apporter des soins tout particuliers à l'extirpation des méso-tendons, qui sont souvent la partie la plus atteinte.

Il faut procéder méthodiquement, prendre un à un chaque tendon, et, à l'aide des ciseaux courbes, même de la curette, en faire la toilette la plus minutieuse.

Si les tendons sont envahis par l'infiltration tuberculeuse, il faut les éviter par la curette ; si cela est nécessaire pour assurer la guérison, il ne faut pas craindre de les réséquer.

« Même à la suite de ces délabrements, le résultat fonctionnel est ordinairement bon, et presque toujours l'amputation, ressource externe, peut être évitée. » (Garré.)

De fréquents lavages au sublimé, dans le cours de l'opération, faciliteront le travail du chirurgien.

5° *Temps*. — On remet les tendons en place. On suture au catgut le ligament annulaire. On réunit par points continus les feuillets aponévrotiques de la région antibrachiale et palmaire, en ménageant aux endroits des deux culs-de-sac un espace où l'on placera un drain de champ.

On suture enfin la peau par des points profonds et des points superficiels, et l'on procède au pansement.

PANSEMENT. — On lave encore une fois la plaie. On recouvre d'iodoforme la ligne de suture. On applique de la gaze iodoformée, du makintosh ; on maintient le tout à l'aide d'une bande de gaze amidonnée, qui fera en même temps de l'immobilisation. Enfin, on place la main et l'avant-bras dans une gouttière plâtrée dorsale.

SOINS CONSECUTIFS. — Il faut pendant quelques jours soumettre l'opéré au repos complet. On fait un nouveau pansement le quatrième jour, un autre le huitième. On enlève les fils avant le second pansement.

Quand la cicatrisation aura été obtenue, on ordonnera au malade les mouvements des doigts et de la main. On combattra la raideur consécutive à l'affection et à l'immobilisation dans le plâtre, par un massage fréquent et méthodique et par l'électricité.

Le traitement général ne devra pas être négligé : séjour au bord de la mer, saison à Salies-de-Béarn ou autres sources salines analogues, frictions sèches, reconstituants, toniques, telles sont les prescriptions que le convalescent devra suivre rigoureusement, s'il ne veut pas voir sa guérison s'éterniser et les lèvres de sa plaie devenir le siège d'une suppuration abondante, d'autant plus grave, qu'elle se produira sur un organisme profondément débilité, incapable de réagir.

Les cinq temps que nous venons de décrire ne sont exécu-

tés dans leur totalité, que dans l'extirpation des synovites à grains riziformes, et des synovites fongueuses dont les bourgeons sont encore encapsulés dans la gaine. Dans ces cas, en effet, la gaine synoviale se distingue facilement des tissus environnants et peut être facilement disséquée.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une synovite fongueuse diffuse et surtout d'une synovite fongueuse à forme végétante.

On conçoit très bien que le chirurgien, obligé de suivre la tumeur dans tous ses prolongements, ne puisse accomplir dans tous leurs détails les temps opératoires exécutés dans le courant de l'extirpation des gaines synoviales, dans les cas de synovites à grains riziformes.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observation Première

(JAMIN-TRÉLAT)

La nommée F..., dix-neuf ans, domestique, entre dans le service de M. Trélat, le 14 décembre 1886.

Enfance assez manifestement strumeuse, maux d'yeux, glandes au cou, coryzas fréquents et prolongés ; la malade a toussé rarement.

Actuellement, il n'y a chez elle aucun signe de tuberculose pulmonaire et ses antécédents héréditaires ne semblent pas y prédisposer.

Il y a dix-huit mois, sans cause appréciable, elle a commencé à ressentir des douleurs très vives dans tout le doigt médius de la main droite et dans toute la région métacarpienne correspondante ; quelques semaines après, le doigt a augmenté de volume, l'augmentation fut lente et graduelle. Les douleurs durèrent une année, elles disparurent il y a six mois.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate que la face pulmonaire du médius est occupée par une tumeur saillante indolore ; on y obtient une sensation de fausse fluctuation qui n'est que de la mollesse.

Cette tumeur se prolonge en haut, sur les tendons fléchisseurs avec lesquels elle s'engage sous le pont fibreux de l'aponévrose pulmonaire, et remonte en soulevant cette aponévrose jusqu'à la limite de l'éminence thénar.

Les mouvements de flexions du doigt sont un peu diminués.

La tumeur se meut avec les tendons, mais le déplacement est très limité. La peau adhère très peu à la tumeur et n'est nullement modifiée.

On porte le diagnostic de synovite fongueuse de la gaine tendineuse du médius, et M. Trélat, sous le chloroforme et après application de la bande d'Esmarch, procède le 22 décembre à l'opération.

Il fait une incision médiane et verticale s'étendant à toute la face palmaire de la première phalange et à presque toute la longueur du métacarpien correspondant (8 à 9 centimètres), et par cette incision il enlève une tumeur allongée en forme de boudin, irrégulièrement lobulée, semi-molle, avec foyers jaunâtres plus ramollis, d'une coloration gris rosé, rappelant celle de la parotide, tenant modérément à la face profonde de la peau, mais très adhérente à tout le pourtour du tendon fléchisseur superficiel dont elle se laisse difficilement isoler ; entourant toute la circonférence du tendon superficiel, elle s'insinue entre celui-ci et le profond, auquel elle adhère à peine. M. Trélat fait une dissection minutieuse et lente de ces tendons, de l'interosseux et du lombrical correspondant, la tumeur se prolongeant assez loin sur l'aponévrose palmaire. Elle est enlevée en totalité.

Sutures au fil d'argent, petit drain, pansement de Lister renouvelé les 23, 25, 27, 29 décembre. Guérison.

Observation II

(Poisson, *Gazette médicale de Nantes*).

Mlle X..., trente-deux ans, est atteinte d'une synovite chronique de la gaine des fléchisseurs, mais seulement de la gaine interne, depuis trois mois au moins ; tous les moyens ont été employés sans résultats. Les souffrances extrêmes qu'elle

endure depuis quelque temps, la font se décider à une intervention. Etat général excellent, frère mort tuberculeux.

Une longue incision verticale permet de découvrir la gaine malade qui semble injectée à la paraffine. Le médian est rejeté en dehors où il est maintenu par un écarteur le long de la gaine du pouce.

Dissection de toute la hauteur, puis incision de la gaine qui donne issue à un liquide séro-purulent et à de nombreux grains riziformes. Toute la paroi de la gaine, épaisse d'au moins un centimètre, est fongueuse, de sorte que nous trouvons réunies sur la même gaine les deux formes de la tuberculose. Les tendons sont réellement sains et leur dissection est suivie d'un curettage pour enlever les derniers fragments suspects. Le palmaire cutané seul est réséqué. Frottage à la gaze iodoformée. Réunion profonde du ligament annulaire ; réunion superficielle au crin de Florence ; deux paquets de ces crins sont placés aux extrémités de la suture en manière de drains. Enlèvement de l'Esmarch. Pansement à la gaze iodoformée et compressif à la ouate, douleurs assez vives pendant vingt-quatre heures. Un suintement assez abondant force à enlever le pansement au bout de trois jours. Les choses paraissent en parfait état. Apyrexie complète. Huit jours après, second pansement ; les crins sont retirés. Troisième pansement, huit jours plus tard. La guérison est complète et paraît devoir être durable tant l'état est satisfaisant. On commence à mobiliser les tendons.

Observation III

(Communiquée à la Société de chirurgie par A. FAUCON,
15 février 1882.)

F. D..., menuisier-charpentier à Roubaix, trente-quatre ans, bonne constitution. Il porte depuis sept ans sur la face

dorsale de la main gauche un kyste synovial qui s'est développé à la suite d'un effort violent. Plusieurs médecins ont vidé à diverses reprises cette tumeur fort gênante, en la ponctionnant soit avec le trocart, soit avec le bistouri.

Cette tumeur est fluctuante, on y sent une crépitation confuse. Elle mesure 7 centimètres de long sur 4 de large.

Le 7 avril, M. Faucon procède à l'extirpation. Il applique la bande d'Esmarch et fait une incision sur toute la longueur de la tumeur; celle-ci est disséquée et isolée. Ouverte, elle donne issue à un liquide jaunâtre, assez épais et gluant, et à quelques grumeaux d'apparence albumineuse. Les franges synoviales très développées étaient en train de dégénérer en tissu fongueux.

Le kyste est excisé jusqu'aux bords du paquet tendineux mis à nu; le ligament dorsal du carpe est coupé, et les franges à aspect fongoïde sont excisées avec le plus grand soin.

Six mois après, les tendons extenseurs ont complètement récupéré leurs fonctions, et la cicatrice, très visible, n'est aucunement adhérente à la peau, ni aux parties profondes. La malade reprit sans la moindre gêne l'exercice de son état.

Observation IV

(CAMELOT, *Journal des sciences médicales de Lille*, 16 décembre 1892)

Van... (Pierre), scieur, trente ans, entré le 4 juillet 1892, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duret, pour une tumeur du poignet gauche qui gêne considérablement le fonctionnement de la main. Cette tuméfaction aurait commencé de se développer il y a quatre ans. A ce moment le malade se serait, dit-il, « forcé le poignet » par un mouvement violent. Peu de temps après, au bout de

quelques semaines, la main et le poignet devinrent le siège d'un gonflement très accusé sur la face palmaire et propagé à la face dorsale ; la région était en même temps très douloureuse. Ces phénomènes aigus durèrent cinq ou six jours et disparurent sous l'influence de quelques bains de bras. Il ne resta qu'une légère tuméfaction de la face antérieure du poignet, nullement douloureux ; cette tumeur augmenta peu à peu de volume sans occasionner d'autres symptômes qu'une gêne peu prononcée des mouvements de flexion de la main.

L'an dernier, une nouvelle poussée aiguë se déclara : vives douleurs, gonflement considérable propagé à la face dorsale ; elle disparaît comme la première par les bains et l'application d'un vésicatoire. En janvier et en juin dernier, crises semblables se terminant de la même manière. Le malade se décide à réclamer une intervention. A son entrée, il est facile de constater, à première vue, que l'on est en présence d'une affection de la synoviale cubito palmaire : la face antérieure du poignet et les deux tiers supérieurs de la face palmaire de la main sont soulevés, tuméfiés dans leurs deux tiers internes ; un léger étranglement situé au niveau de la ligature antérieure du carpe lui donne une forme en bissac.

La palpation donne de précieux renseignements sur le contenu de la tumeur : on obtient une sensation de fluctuation manifeste, et une crépitation particulière, nommée *bruit de chaînon* qui impose le diagnostic de kyste à grains riziformes.

Les symptômes fonctionnels consistent en une certaine gêne des mouvements des doigts et du poignet ; le malade exécute difficilement ces mouvements surtout le matin ; dans l'après-midi, la main est plus souple, mais jamais elle ne peut se fermer complètement. Le malade est du reste bien portant ; on ne trouve pas chez lui de tare tuberculeuse. Les poumons sont sains. L'intervention s'impose.

Le 7 juillet, après chloroformisation, M. le professeur Duret pratique une première incision au niveau de la face palmaire, commençant à 15^{mm} environ de la base de l'annulaire, et s'étendant parallèlement à l'axe de la main, jusqu'au bord inférieur du ligament antérieur du carpe. La peau et l'aponévrose palmaire sont successivement incisées ; l'arcade palmaire, mise à nu, est coupée entre deux fils ; la gaine distendue apparaît alors ; une incision donne immédiatement issue à un grand nombre de petits corps blanchâtres. Une sonde cannelée est introduite dans la gaine jusqu'à son extrémité supérieure ; son bec soulève la paroi antérieure du poignet, on incise la paroi kystique sur cette sonde. A l'aide de la curette, le chirurgien vide totalement la synoviale.

En présence de la consistance ferme, presque fibro-cartilagineuse, et de l'épaississement considérable de la paroi kystique, il se décide à une intervention plus radicale. Il réunit les incisions antibrachiale et carpienne et met à nu toute la synoviale. A l'aide du bistouri, des ciseaux courbes, de la pince, M. Duret pratique une véritable dissection du feuillet pariétal de la gaine, depuis le cul-de-sac inférieur jusqu'au cul de sac supérieur. La paroi antérieure et les parois latérales sont ainsi successivement séparées des tissus voisins ; seule une partie de la portion postérieure, adhérente au fond de la gouttière carpienne, est laissée en place, mais elle est vigoureusement grattée à la curette. Restait le feuillet viscéral : les ciseaux courbes rasent la surface des tendons, qui sont ainsi dans toute leur étendue dépouillés de leur enveloppe malade.

Après cette laborieuse dissection, la paroi postérieure de gaine, les tendons sont badigeonnés au chlorure de zinc, le champ opératoire est copieusement lavé à la liqueur de Van Swieten.

Le tendon fléchisseur superficiel du petit doigt, rompu au

cours des manœuvres de dissection, est suturé au fil de soie et remis en place. Le chirurgien pratique alors la suture du ligament antérieur du carpe au catgut; la peau et l'aponévrose sont suturées au crin de Florence; un drain est laissé à chacune des extrémités de la plaie. Pansement antiseptique.

Une gouttière plâtrée, saisissant la face dorsale de l'avant-bras et de la main, maintient le poignet et les doigts dans l'extension.

Les suites opératoires sont des plus bénignes; le malade n'éprouve aucune douleur, la température ne dépasse pas 38°. Le septième jour, les fils de suture sont enlevés et les drains raccourcis. Le dixième, ils sont complètement enlevés.

23. — La plaie est totalement guérie. Les mouvements volontaires du poignet et des doigts sont assez limités. Pour y remédier, on pratique le massage de la région. Après quinze jours de traitement, le malade quitte l'hôpital complètement guéri pour reprendre le travail.

Cet homme exécute maintenant, pendant onze heures chaque jour, tous les travaux très pénibles de son métier: nous pouvons donc en conclure que les résultats de l'intervention ont été excellents.

Observation V

(FORGUE)

M... (Philippe), vingt-deux ans, sapeur-mineur au 2^e génie. Entré le 8 janvier 1896, sorti le 3 mars 1896.

Ce jeune homme exerce depuis l'âge de quatorze ans la profession de charpentier.

Entré au régiment en novembre 1894, il n'y a pas continué l'exercice de sa profession, mais il se sert d'outils assez lourds, la pioche, par exemple.

En février 1895, il a eu une pleurésie droite qui a duré une

vingtaine de jours et qui n'a pas été exceptionnellement grave, mais qui lui a laissé quelques frottements pleuraux qu'on a fait disparaître plus tard par l'application de deux vésicatoires. Envoyé en convalescence de quatre mois, il reprit, au bout de deux mois, son travail de charpentier. Il travaillait depuis peu de jours, lorsqu'il s'aperçut de la présence d'un gonflement anormal de la face palmaire du petit doigt de la main droite; gonflement en forme de cordon large de 2 ou 3 millimètres, s'étendant en longueur du deuxième au troisième pli palmaire, pas douloureux spontanément, et immobile sous la peau qui avait conservé sa coloration normale.

Ce gonflement disparut spontanément après un dizaine de jours, mais en même temps apparaissait un nouveau gonflement du même aspect, au niveau du tiers interne de la partie inférieure du poignet.

Le malade n'avait pas cessé un seul instant son travail. En deux ou trois jours, le gonflement du poignet avait pris un aspect définitif: forme d'ellipse très allongée; partant de 1 centimètre environ au-dessus du pisiforme, et remontant à trois travers de doigt au-dessus. La peau était adhérente à la tumeur, mais avait conservé sa coloration normale.

La tumeur s'élève en un relief uniforme de 1 centimètre, au plus, au-dessus du plan antérieur de l'avant-bras; elle n'est pas douloureuse à la pression, on y sent très nettement des grains mobiles frottant les uns contre les autres, lorsqu'on fait exécuter au petit doigt des mouvements alternatifs de flexion et d'extension. Les mouvements furent rendus par la suite très difficiles, l'annulaire lui-même n'avait pas autant de vigueur que les autres doigts.

Pendant sa convalescence, le malade avait fait simplement des applications de teinture d'iode. Rentré au régiment le 28 juillet, il reprit son service, mais il dût entrer à l'hôpital le 7 septembre. M. Lapeyre lui fit alors des pointes de feu

profondes (seize en une seule séance) sur le poignet, mais la lésion ne fut guère modifiée et le malade repartit en convalescence le 31 octobre. Chez lui, il reprit son travail, mais la réductibilité primitive s'étant peu à peu atténuée, il fut envoyé à l'hôpital le 8 janvier, après sa rentrée au régiment.

En présence de l'étendue et des caractères des lésions précédemment décrites et l'inefficacité de l'ignipuncture pratiquée par M. Lapeyre, on se décida d'emblée à l'extirpation.

OPÉRATION. — Anesthésie à l'éther. Incision portant d'abord uniquement sur la tumeur du poignet. La peau, incisée, est légèrement mobilisée, on glisse de bas en haut la sonde cannelée sous l'aponévrose, on incise sur toute la longueur. Aussitôt l'on voit faire hernie une masse molle, fongueuse, gorgée de sucs sanguinolents, se déchirant facilement sous le mors des pinces. On examine les tendons au-dessus de cette masse, en raison de leur apparence saine, de leur résistance à la traction et de la délimitation exacte des fongosités, on pense que ce sont les synoviales qui ont fait surtout les frais de la dégénérescence tuberculeuse, aussi entreprend-on la dissection et l'extirpation de la masse en allant de haut en bas. On dégage ainsi peu à peu les deux tendons internes du fléchisseur superficiel ; puis la seconde aponévrose incisée sur l'artère cubitale même, on reconnaît celle-ci et son nerf satellite, on les écarte au dedans et on poursuit la dissection des gaines internes du fléchisseur profond, en maintenant le nerf médian en dehors.

On arrive ainsi jusqu'au ligament annulaire antérieur du carpe ; on excise les masses déjà disséquées, et on constate qu'elles se prolongent dans la gouttière carpienne sous le ligament. On prolonge alors l'incision sur l'éminence hypothénar et on arrive rapidement sur les gaines dégénérées. On opère de même l'extirpation des fongosités, le long et autour des tendons fléchisseurs du petit doigt. Finalement le champ

opératoire présente la netteté d'une préparation anatomique ; il n'y reste plus trace de fongosités.

On fait un grand lavage au sublimé, on place un drain dans le fond de la plaie et l'on fait par-dessus deux plans de suture.

Pansement iodoformé compressif. Les jours suivants, le malade se trouve très bien, il n'y a ni fièvre ni douleurs locales.

Au premier pansement, la réunion est complète ; en enlève les fils.

Au second pansement, on supprime le drain.

La cicatrisation se fait rapidement et dès une vingtaine de jours après l'opération on commence la mobilisation.

Le malade, à sa sortie, peut lui-même tout seul faire sans douleur les mouvements presque complets de flexion et d'extension des doigts, et cela avec une force suffisante. On lui recommande d'attendre environ deux mois avant de manier des instruments un peu lourds. La guérison a été complète et définitive.

Observation VI

(Résumée)

(DURET)

D..., trente-huit ans, cultivateur, porte une tumeur sur la face dorsale du poignet droit. Pas d'antécédents tuberculeux. La tumeur, datant de huit ans, est indolore, mais apporté une certaine gêne dans les mouvements de la main. Il reçut un choc qui déterminâ une petite plaie d'où s'écoula du pus.

La tumeur occupe les deux tiers postérieurs de la région dorsale de la main, et remonte de 4 à 5 centimètres sur la face dorsale de l'avant-bras. Elle est un peu étranglée au niveau du ligament annulaire postérieur. La peau est rouge, violacée. Une petite plaie fistuleuse d'un centimètre environ occupe la

région moyenne de la tumeur et laisse échapper une tumeur séro-purulente. Dans le fond de la petite ulcération, on voit un bourgeon charnu.

En raison de l'aspect général, de la longue durée d'évolution et de la consistance de la tumeur, M. Duret diagnostique une synovite fongueuse des extenseurs et propose l'extirpation des gaines.

Large incision convexe en dehors de la peau ; celle-ci est taillée en un large lambeau que l'on rejette du côté opposé en le disséquant. Les gaines apparaissent alors très épaisses, fibreuses, éraillées en certains points par les masses qui les distendent. Une sonde est introduite par la plaie fistuleuse et permet d'inciser sur toute sa longueur la gaine médiane correspondant au paquet des extenseurs des doigts, ainsi que le ligament annulaire postérieur.

Lorsque la gaine est évidée, elle apparaît épaissie, résistante, incapable d'un affaissement. A l'aide des ciseaux, toute cette gaine est enlevée.

Au niveau du poignet, la gaine propre des extenseurs du petit doigt est aussi ouverte, débarassée de ses blocs adhérents et excisée sur la partie externe du poignet et sur le dos du premier métacarpien. La gaine des extenseur et abducteur du pouce fait aussi une grosse saillie qui est, comme les autres, fendue dans toute sa longueur, débarrassée de ses blocs fibreux et fongueux, et excisée en totalité.

Les tendons sont raclés avec soin, dépouillés de tout ce qui les entoure.

La bande d'Esmarch est enlevée, ligatures artérielles, large irrigation au sublimé, cautérisation de la plaie avec une solution de chlorure de zinc au 1/10.

Le lambeau cutané est rabattu et fixé par des points de suture au crin de Florence.

La plaie est saupoudrée d'iodoforme, pansement de Lister, appareil plâtré palmaire.

Trois mois après la guérison est complète, la flexion de la main et des doigts se fait beaucoup mieux.

L'examen histologique, fait par M. le professeur Augier, a démontré la nature tuberculeuse de cette synovite.

Nous ne décrivons pas ici l'observation classique de Til-
laux (Thiéry), son exposé fait l'objet d'un chapitre spécial dans
le *Traité de chirurgie clinique* de cet auteur.

CONCLUSIONS

Les observations que nous venons de citer, ainsi que les succès remarquables obtenus récemment par Garré (12 guérisons sur 14 opérations), mettent en évidence les bons résultats obtenus par la pratique de l'extirpation des gaines, dans le traitement de la tuberculose des synoviales tendineuses.

D'une façon générale, c'est à cette opération qu'il faudra donc avoir recours, toutes les fois que s'imposera le diagnostic de synovite tuberculeuse ; ce sera la seule, en effet, qui garantira d'une façon presque certaine la non-récidive de l'affection et la conservation à peu près complète des fonctions du membre opéré.

Cette méthode devra cependant céder le pas à une intervention moins énergique, lorsqu'il s'agira de traiter une synovite de date récente, chez un sujet dont la jeunesse et la bonne constitution pourront lutter avec efficacité contre les progrès de la lésion tuberculeuse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Auteurs français

- BIDART. — De la synovite tendineuse chronique (Thèse de Paris, 1858).
- BOUILLY. — Gazette médicale de Paris, 1881, p. 438.
- DABAN. — Synovite tuberculeuse (Thèse de Paris, 1889).
- DUMONT. — Anatomie des gaines synoviales de la main (Thèse de Bordeaux, 1893).
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. I, 1890.
- DUPUYTREN. — Des kystes séreux contenant de petits corps blancs ou hydatides (Leçons de ch., 1839).
- FAUCON. — Kystes hordéiformes du poignet (Bull. soc. ch., 1874).
- FORGUE et RECLUS. — Traitement des synovites (Traité de thérapeutique chirurgicale).
- HALMAGRAND. — Soc. de ch., 9 décembre 1881.
- JARDET et NOTTA. — Progrès médical, 1886, p. 106.
- LEGOUEST. — Des kystes synoviaux de la main et du poignet (Thèse de concours, 1857).
- MICHON. — Des tumeurs synoviales de la paume de la main (Thèse de Paris, 1851).
- NICAISE, POULET et VAILLARD. — Nature tuberculeuse des hygromas et des synovites tendineuses à grains riziformes (Rev. de ch., août 1885).
- Synovites tendineuses à grains riziformes (Gazette méd. de Paris, 1872).
- Observation de synovite à grains riziformes traitée par la méthode antiseptique (Bull. soc. ch., p. 402, 1881).
- PONCET. — Synovite tuberculeuse (Lyon médical, p. 16, 6 mai).
- PRENGRUEBER. — Synovite tuberculeuse (Bull. Soc. ch., t. XVII, p. 226).
- SABATIER. — Kyste à grains riziformes opéré par un procédé particulier (Rev. de ch., p. 896, 1885).

SCHWARTZ. — Synovite à grains riziformes de la synoviale de l'index guérie par incision et cautérisation au chl. de zinc (Bull. Soc. ch., t. XIII, p. 744-746).

— Gâines synoviales de la face palmaire de la main (Thèse de Paris, 1878).

— De la nature tuberculeuse de la synovite à grains riziformes (Revue générale de clinique, 1889).

TÉDENAT. — Tuberculose des synovites tendineuses (Montpellier médical, t. XIV, 1890).

TRÉLAT et JAMIN. — Progrès médical, 13 mai 1882.

VERNEUIL. — Bulletin Soc. de ch., 1881.

WALLICH. — Sur la nat. tub. des syn. à gr. riziformes (C. R. Soc. biologie, 17 novembre 1888).

WEISS. — De l'incision antiseptique des kystes à gr. riziformes (Rev. ch., p. 449, 1885).

Auteurs allemands

ALFONS VON ROSTHORN. — Die Synwialsacke und Schnenscheiden in der Hohlhand (Arch. f. klin. ch., Band XXXIV, Heft 4).

BEGER. — Die Tuberculose der Schnenscheiden (Deutsche Zeits. f. clin., 1885).

GARRÉ. — Syn. tub. primitive (Beit. Z. Klin. chir., VII, 2).

HOEFTMAN. — Ueber gang. chronische fungose Schnenscheidenentzündung. Königsberg, 1876.

MIKULICZ. — Die Verwendung des Iodoforms in der chirurgie (Arch. f. K. chir., t. XVII, Heft 3, 1882).

MOSENGEIL. — Grosses ganglion mit Reiskornern (Arch. de Langarbeck, t. XII, p. 73).

RANKE. — Über lipome an der Volarseite der Fingers (Arch. f. Klin. chim., Band XX).

RIEDEL. — Deutsche Zeitschrift für chirurgie, vol. X.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 7 juillet 1896.

Pour le Recteur :
L'Inspecteur d'Académie délégué,
L. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 7 juillet 1896.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
